



中国泌尿外科疾病 诊断治疗指南

2006版 第1卷

主 编 那彦群

副主编 孙则禹

叶章群

孙颖浩

人民卫生出版社



中国泌尿外科疾病 诊断治疗指南

2006版 第1卷

主 编 那彦群

副主编 孙则禹

叶章群

孙颖浩

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

中国泌尿外科疾病诊断治疗指南(2006 版 第 1 卷)/
那彦群主编. —北京:人民卫生出版社,2006. 4

ISBN 7-117-07567-8

I. 中… II. 那… III. 泌尿系统疾病—外科学—
诊疗—中国—指南 IV. R699-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 039239 号

中国泌尿外科疾病诊断治疗指南

(2006 版 第 1 卷)

主 编: 那彦群

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址: (100078)北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: [http://www. pmph. com](http://www.pmph.com)

E - mail: [pmph @ pmph. com](mailto:pmph@pmph.com)

邮购电话: 010-67605754

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 7 插页: 1

字 数: 125 千字

版 次: 2006 年 4 月第 1 版 2006 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-07567-8/R · 7568

定 价: 23.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

编 委 会

主编

那彦群 北京大学泌尿外科研究所

副主编

孙则禹 南京大学鼓楼医院

叶章群 华中科技大学同济医院

孙颖浩 第二军医大学长海医院

编辑委员 (按姓氏拼音排序)

陈 山 首都医科大学附属北京同仁医院

高居忠 北京西山医院

贺大林 西安交通大学医学院附属第一医院

黄翼然 上海交通大学仁济医院

孔垂泽 中国医科大学附属第一医院

李 虹 四川大学华西医院

米振国 山西省肿瘤医院

那彦群 北京大学泌尿外科研究所

宋 波 第三军医大学西南医院

孙 光 天津医科大学附属第二医院

孙颖浩 第二军医大学长海医院

孙则禹 南京大学鼓楼医院

王建业 卫生部北京医院

王晓峰 北京大学人民医院

王行环 广东省人民医院

叶章群 华中科技大学同济医院

秘书

宋 毅 北京大学泌尿外科研究所

作者名单

膀胱过度活动症诊断治疗指南

主审

金锡御 第三军医大学西南医院

分篇主编

宋 波 第三军医大学西南医院

杨 勇 首都医科大学附属北京朝阳医院

廖利民 中国康复中心博爱医院

编委（排名不分先后）

杜广辉 同济医科大学同济医院

方祖军 复旦大学华山医院

何舜发 澳门仁伯爵医院

李龙坤 第三军医大学西南医院

黎 玮 河北医科大学附属第二医院

廖利民 中国康复中心博爱医院

刘润明 西安交通大学附属第一医院

沈 宏 四川大学华西医院

宋 波 第三军医大学西南医院

宋希双 大连医科大学附属第一医院

王 平 中国医科大学附属第四医院

卫中庆 南京大学鼓楼医院

吴士良 北京大学第一医院 北京大学泌尿外科研究所

许传亮 第二军医大学长海医院

杨 勇 首都医科大学附属北京朝阳医院

郑少斌 南方医科大学南方医院

良性前列腺增生诊断治疗指南

分篇主编 张祥华 北京大学泌尿外科研究所

分篇副主编 王行环 广东省人民医院

编委(排名不分先后)

王 刚 北京大学泌尿外科研究所

魏 强 四川大学华西医院

许传亮 第二军医大学长海医院

薛 蔚 上海交通大学仁济医院

严维刚 北京协和医院

杨家荣 广州军区武汉总医院

朱 刚 卫生部北京医院

肾细胞癌诊断治疗指南

分篇主编 马建辉 中国医学科学院 中国协和医科大学肿瘤医院

分篇副主编 何志嵩 北京大学第一医院 北京大学泌尿外科研究所

编委(排名不分先后)

戴玉田 南京大学鼓楼医院

杜林栋 首都医科大学附属北京友谊医院

胡志全 华中科技大学同济医院

黄翼然 上海交通大学仁济医院

靳风烁 第三军医大学野战外科研究所

米振国 山西省肿瘤医院

万 奔 卫生部北京医院

周芳坚 中山大学肿瘤防治中心

秘书

宋 毅 北京大学第一医院 北京大学泌尿外科研究所

前列腺癌诊断治疗指南

分篇主编 李 鸣 北京大学第一医院 北京大学泌尿外科研究所

分篇副主编 孙 光 天津泌尿外科研究所

贺大林 西安交通大学医学院附属第一医院

编委(排名不分先后)

丁 强 复旦大学华山医院

高江平 解放军总医院

华立新 江苏省人民医院

作者名单

孔垂泽 中国医科大学附属第一医院
李长岭 中国医学科学院 中国协和医科大学肿瘤医院
李汉忠 北京协和医院
李 响 四川大学华西医院
夏术阶 上海交通大学附属第一人民医院
谢立平 浙江大学附属第一医院
叶定伟 上海市肿瘤医院
周利群 北京大学泌尿外科研究所 北京大学第一医院
秘书
龚 侃 北京大学第一医院 北京大学泌尿外科研究所

序

新中国成立以来,我国的泌尿外科专业从无到有,改革开放以来,我国的泌尿外科事业不断发展壮大,至今已经成为临床医学的一支重要学科。近年,随着现代泌尿外科的进步,新的诊断和治疗技术不断被开发和应用,给广大泌尿外科医生和患者带来更广阔的选择空间,但随之而来也带来了困惑和操作技术的不统一、不规范,因此在现代科学技术飞速发展的今天,尤其需要不断制定出相应的规范或指南。

以那彦群教授为主任委员的中华医学会泌尿外科学会第七届委员会以两个规范为工作目标,在规范学会管理工作同时,不断规范常见疾病诊断治疗原则,最近他们组织全国专家,参阅大量文献,制定出前列腺增生、前列腺癌、膀胱过度活动症和肾癌诊断治疗指南,这些指南的出版发行对中国泌尿外科健康发展一定会起到积极作用。希望在实践应用过程中不断修订完善之,并不断制定出其他疾病指南,不断推动中国泌尿外科事业发展。



2006年3月1日

前言

随着现代医学科学技术的发展,我国的泌尿外科事业有了长足的进步,新的诊断和治疗方法不断得到推广和应用,对泌尿外科疾病的发生、发展规律也有了深入认识,但同时也给医生在选择治疗方法和对疾病认知程度方面带来一定的困惑。为此,中华医学会儿科学分会组织全国泌尿外科各个领域的专家组成《中国泌尿外科疾病诊断治疗指南》编辑委员会。经过前期准备,反复研讨及以循证医学原理为基础的国内外相关资料的分析与评价,指南编辑委员会分别制定了膀胱过度活动症、良性前列腺增生、肾细胞癌和前列腺癌的诊治指南,在征求国内知名老专家的意见后,经中华医学会儿科学分会常务委员会讨论通过。

今后学会还将陆续推出泌尿外科其他疾病的诊治指南,并计划每一到二年对这些指南进行修改和更新。这些指南是由儿科学分会制定的临床诊疗指南,希望尽快在全国儿科学界得到推广和应用,并在临床应用过程中不断提出宝贵意见和建议,以期使之不断完善。相信指南的出版发行一定会进一步推动中国泌尿外科事业的健康发展。

在此衷心感谢参与《指南》编写和指导《指南》编写的各位专家。

我还特别要感谢新中国泌尿外科事业的奠基人,中华医学会儿科学分会的创建人,我们尊敬的吴阶平老师亲自为本书题写书名和作序。

中华医学会儿科学分会

主任委员 那彦群

2006年3月20日

目 录

膀胱过度活动症诊断治疗指南.....	1
良性前列腺增生诊断治疗指南.....	9
肾细胞癌诊断治疗指南	35
前列腺癌诊断治疗指南	53

膀胱过度活动症诊断治疗指南

一、定义	1
二、病因及发病机制	2
三、诊断	2
四、OAB 治疗原则	4
五、其他疾病中有关 OAB 症状的诊治原则	5
六、OAB 治疗策略	8

膀胱过度活动症是指尿急、尿频和急迫性尿失禁等临床症状构成的征候群。过去有关名词较混乱,如女性尿道综合征、逼尿肌反射亢进、逼尿肌不稳定、不稳定膀胱等。为规范名词定义和诊疗技术,今受中华医学会泌尿外科分会指派,由尿控学组,在《膀胱过度活动症诊断治疗指南》第1版(2002年珠海)的基础上进行修订。

一、定 义

膀胱过度活动症(overactive bladder, OAB)是一种以尿急症状为特征的征候群,常伴有尿频和夜尿症状,可伴或不伴有急迫性尿失禁;尿动力学上可表现为逼尿肌过度活动(detrusor instability, or detrusor overactivity),也可为其其他形式的尿道-膀胱功能障碍。OAB 无明确的病因,不包括由急性尿路感染或其他形式的膀胱尿道局部病变所致的症状。

尿急 是指一种突发、强烈的排尿欲望,且很难被主观抑制而延迟排尿。

急迫性尿失禁 是指与尿急相伴随、或尿急后立即出现的尿失禁现象。

尿频 为一种主诉,指患者自觉每天排尿次数过于频繁。在主观感觉的基础上,成人排尿次数达到:日间 ≥ 8 次,夜间 ≥ 2 次,每次尿量 $< 200\text{ml}$ 时考虑为尿频。

夜尿 指患者 ≥ 2 次/夜以上的、因尿意而排尿的主诉。

OAB 与下尿路征候群(lower urinary tract symptoms, LUTS)的鉴别点在于:OAB 仅包含有储尿期症状,而 LUTS 既包括储尿期症状,也包括排尿

期症状,如排尿困难等。

二、病因及发病机制

- OAB 的病因尚不十分明确,目前认为有以下四种:
- (1)逼尿肌不稳定:由非神经源性因素所致,储尿期逼尿肌异常收缩引起相应的临床症状;
 - (2)膀胱感觉过敏:在较小的膀胱容量时即出现排尿欲;
 - (3)尿道及盆底肌功能异常;
 - (4)其他原因:如精神行为异常,激素代谢失调等。

三、诊 断

(一) 诊断步骤(图 1)

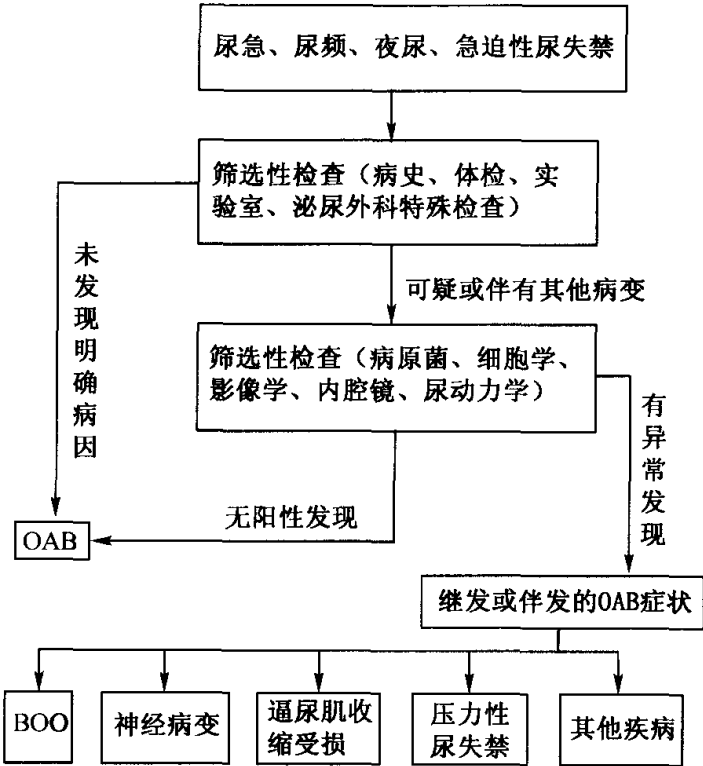


图 1 OAB 诊断步骤

(二) 筛选性检查

指一般患者都应该完成的检查项目。

1. 病史

- (1)典型症状:包括排尿日记评估,详见表 1。
- (2)相关症状:排尿困难、尿失禁、性功能、排便状况等。

(3)相关病史:泌尿及男性生殖系统疾病及治疗史;月经、生育、妇科疾病及治疗史;神经系统疾病及治疗史。

2. 体检

(1)一般体格检查。

(2)特殊体格检查:泌尿及男性生殖系统、神经系统、女性生殖系统。

3. 实验室检查 尿常规、尿培养、血生化、血清 PSA(男性 40 岁以上)。

4. 泌尿外科特殊检查 尿流率、泌尿系统超声检查(包括残余尿测定)。

(三) 选择性检查

指特殊患者,如怀疑患者有某种病变存在,应该选择性完成的检查项目。

表 1 排尿日记

日期	时间(h : m)	尿量(ml)	尿失禁	备注

1. 病原学检查 疑有泌尿或生殖系统炎症者应进行尿液、前列腺液、尿道及阴道分泌物的病原学检查。

2. 细胞学检查 疑有尿路上皮肿瘤者进行尿液细胞学检查。

3. KUB、IVU、泌尿系内腔镜、CT 或 MRI 检查 怀疑泌尿系其他疾病者。

4. 侵入性尿动力学检查

(1)目的:进一步证实 OAB,确定有无下尿路梗阻,评估逼尿肌功能。

(2)指征:侵入性尿动力学检查并非常规检查项目,但在以下情况时应进行侵入性尿动力学检查:①尿流率减低或残余尿增多;②首选治疗失败或出现尿潴留;③在任何侵袭性治疗前;④对筛选检查中发现的下尿路功能障碍需进一步评估。

四、OAB 治疗原则

(一) 首选治疗

1. 膀胱训练(bladder drill)

(1)方法一:延迟排尿,逐渐使每次排尿量大于 300ml。

1)治疗原理:重新学习和掌握控制排尿的技能;打断精神因素的恶性循环;降低膀胱的敏感性。

2)适应证:尿急、尿频等 OAB 症状。

3)禁忌证:低顺应性膀胱,储尿期末膀胱压大于 40cmH₂O。

4)要求:切实按计划实施治疗。

5)配合措施:充分的思想工作;排尿日记;其他。

(2)方法二:定时排尿(timed voiding)

1)目的:减少尿失禁次数,提高生活质量。

2)适应证:尿失禁严重,且难以控制者。

3)禁忌证:伴有严重尿频。

(3)生物反馈治疗。

(4)盆底肌训练。

(5)其他行为治疗:催眠疗法。

2. 药物治疗

(1)一线药物:托特罗定(Tolterodine):

1)优点:为非选择性 M 受体拮抗剂,是目前对逼尿肌组织选择性作用最强的药物,且副作用较少,耐受性较好。

2)问题:器官选择性作用还有待研究,还应进行剂型的给药途径改进,以减少副作用。

(2)其他可选药物:

1)其他 M 受体拮抗剂:奥昔布宁(Oxybutynin)、普鲁苯辛等。

2)镇静、抗焦虑药:丙咪嗪、多虑平、安定等。

3)钙通道阻断剂:异搏停、心痛定。

4)前列腺素合成抑制剂:消炎痛。

(3)其他药物:黄酮哌酯疗效不确切,中草药制剂尚缺乏可信的大宗试验报告。

3. 改变首选治疗的指征

- (1)无效;
- (2)患者不能坚持治疗或要求更换治疗方法;
- (3)出现不可耐受的副作用;
- (4)可能出现不可逆的副作用;
- (5)治疗过程中尿流率明显下降或残余尿量明显增多。

(二) 可选治疗

1. 膀胱灌注辣椒辣素、RTX、透明质酸酶 以上物质可参与膀胱感觉传入,灌注后降低膀胱感觉传入,对严重的膀胱感觉过敏者可试用。

2. A 型肉毒毒素膀胱逼尿肌多点注射 对严重的逼尿肌不稳定具有疗效。

3. 神经调节 骶神经电调节治疗,对部分顽固的尿频尿急及急迫性尿失禁患者有效。

4. 外科手术:

(1)手术指征:应严格掌握,仅适用于严重低顺应性膀胱,膀胱容量过小,且危害上尿路功能,经其他治疗无效者。

(2)手术方法:逼尿肌横断术,膀胱自体扩大术,肠道膀胱扩大术,尿流改道术。

5. 针灸治疗 有资料显示,足三里、三阴交、气海、关元穴针刺有助缓解症状。

合并用药的指导原则:由于 OAB 病因不明,部分病人治疗效果不佳,在选择治疗方法时建议:①膀胱训练虽可单独施行,但与药物治疗合用更为患者所接受;②在药物治疗中,在一线药物的基础上,根据患者的情况配合使用其他药物;对有明显神经衰弱、睡眠差及夜间尿频较重者增加镇静抗焦虑药物;对绝经后患者可试加用女性激素;对症状较重,尤其合并有显著逼尿肌不稳定者可配合使用 1~2 种不同治疗机理的逼尿肌收缩抑制剂;用药剂量可从较小的剂量开始,逐渐加量直到出现疗效或副作用;用药时间不宜过短,一般应持续用药 2 周后评估疗效(出现副作用者除外),直至症状完全控制后逐渐减量;③辣椒辣素、A 型肉毒毒素等可选治疗仅在症状重、其他治疗效果不佳时考虑使用;④外科治疗应严格掌握适应证。

五、其他疾病中有关 OAB 症状的诊治原则

OAB 是一个独立的征候群,但在临床上,有许多疾病也可出现 OAB 症

状,如各种原因引起的膀胱出口梗阻(BOO)、神经源性排尿功能障碍、各种原因所致的泌尿生殖系统感染等。在这些疾病中,OAB症状可以是继发性的,也可能是与原发病伴存的症状,如良性前列腺增生患者的OAB症状。由于这些疾病中的OAB症状常有其自身的特殊性,为此,本诊治指南将介绍几种临床常见疾病的OAB症状的诊治原则,以期能为临床在治疗原发病的同时处理OAB症状,提供帮助。

(一) 膀胱出口梗阻患者的OAB诊治要点

膀胱出口梗阻(bladder outflow obstruction,BOO)患者的常见病因为良性前列腺增生、女性膀胱颈梗阻等。

1. 筛选检查 症状、Qmax、残余尿等。最大尿流率 $<15\text{ml/s}$,残余尿 $>50\text{ml}$ 时考虑BOO。

2. 选择性检查 充盈性膀胱压力测定及压力/流率测定,确定有无BOO、BOO的程度,以及逼尿肌功能。

3. 治疗原则

(1)针对膀胱出口梗阻的治疗。

(2)根据逼尿肌收缩功能状况制定相应的OAB症状治疗方法:逼尿肌收缩功能正常、增强或亢进者可适当辅助使用抗OAB的治疗;逼尿肌收缩功能受损者慎用抗OAB治疗。

(3)梗阻解除后OAB仍未缓解者应行进一步检查,治疗可按OAB处理。

(二) 神经源性排尿功能障碍患者的OAB诊治原则

神经源性排尿功能障碍患者的常见病因为脑卒中、脊髓损伤和帕金森病等。

诊治原则

1. 积极治疗原发病。

2. 根据是否有BOO对OAB进行治疗。原发病稳定,无下尿路梗阻的OAB,诊治原则同OAB。

3. 有BOO者按BOO的诊治原则进行处理。

(三) 压力性尿失禁患者的OAB诊治原则

1. 筛选检查发现以下情况者应怀疑可能同时存在压力性尿失禁(stress urinary incontinence,SUI):①病史提示既有急迫性尿失禁,又有压力性尿失禁表现;②生育前后和绝经前后控尿功能出现明显变化;③如压力性和急迫性两种尿失禁症状兼有;④女性盆腔器官膨出。

2. 选择性检查

(1)体检:膀胱颈抬举试验和棉签试验。

(2)尿动力学检查:膀胱测压,腹压漏尿点压或尿道压力描记。

(3)排尿期膀胱尿道造影:膀胱颈和近端尿道关闭情况、下移或活动情况。

检查目的在于确定是否合并压力性尿失禁,以及确定压力性和急迫性尿失禁的程度。

3. 治疗原则

(1)以 OAB 为主要症状者首选抗 OAB 治疗。

(2)OAB 解除后,压力性尿失禁仍严重者,采用针对压力性尿失禁的相关治疗。

(四) 逼尿肌收缩力受损患者的 OAB 诊治原则

1. 筛选检查发现以下情况应高度怀疑 OAB 伴逼尿肌收缩力受损。

(1)排尿困难症状。

(2)存在明显影响逼尿肌功能的疾病,如糖尿病和脑卒中等。

(3)有逼尿肌功能可能受损的指征,如肛门括约肌松弛和会阴部感觉明显减退等。

(4)最大尿流率 $<10\text{ml/s}$,且图形低平。

(5)排尿困难严重,尿流率明显减低或有大量残余尿,但前列腺不大者。

2. 选择性检查诊断标准

(1)压力-流率测定提示低压-低流。

(2)无膀胱出口梗阻。

3. 一线治疗

(1)排尿训练,定时排尿。

(2)在检测残余尿基础上适当使用抗 OAB 药物。

(3)辅助压腹排尿。

(4)必要时采用间歇导尿或其他治疗。

(5)可加用受体阻断剂,降低膀胱出口阻力。

4. 二线治疗

(1)骶神经电调节治疗。

(2)暂时性或永久性尿流改道。

(五) 其他

除前述几种疾病外,还有许多泌尿和男性生殖系统疾病都可引起或伴随 OAB 征候群。如急、慢性泌尿系特异性和非特异性感染、急慢性前列腺炎、泌尿系肿瘤、膀胱结石、膀胱及前列腺手术后膀胱痉挛等。虽然这些膀胱局部病变不称为 OAB,但在控制和解除膀胱局部病变后,仍可使用本原则指导治疗,以缓解 OAB 症状。

诊治原则

1. 积极治疗原发病。

2. 在积极治疗原发病同时使用抗 OAB 药物,以缓解症状。